

1899
Faculté de Médecine de Paris

ANNÉE 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 2 Février 1899, à 1 heure

PAR

Jules THOUVENIN

Né à Rupt-sur-Moselle (Vosges) le 6 Mai 1869

Ancien externe des hôpitaux

Interne de l'Hôpital de Saint-Denis (Seine)

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES
RÉTRÉCISSEMENTS INFRANCHISSABLES
DE L'URÈTHRE
ET DE
LEUR TRAITEMENT PAR L'URÉTHRECTOMIE

Président : M. BERGER, professeur.

Juges : MM. MATHIAS-DUVAL, professeur.

TROISIER et HARTMANN, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

JOUVE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE, 15

1899

Faculté de Médecine de Paris

ANNÉE 1899

THÈSE

N°

189

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 2 Février 1899, à 1 heure

PAR

Jules THOUVENIN

Né à Rupt-sur-Moselle (Vosges) le 6 Mai 1869

Ancien externe des hôpitaux

Interne de l'Hôpital de Saint-Denis (Seine)

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES
RÉTRÉCISSEMENTS INFRANCHISSABLES
DE L'URÈTHRE
ET DE
LEUR TRAITEMENT PAR L'URÉTHRECTOMIE

Président : M. BERGER, professeur.

Juges : MM. MATHIAS-DUVAL, professeur.

TROISIER et HARTMANN, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*

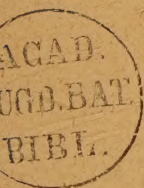
PARIS

JOUBE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine

15, RUE RAGNE, 15

1899



FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARD
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ HUTINEL.
	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL.
Opérations et appareils	TERRIER.
Matière médicale et Pharmacologie	POUCHET.
Thérapeutique	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée	CHANTEMESSE.
	POTAIN.
Clinique médicale	{ JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	GRANCHER.
Maladies des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des mala-	FOURNIER.
dies de l'encéphale	RAYMOND.
Clinique des maladies syphilitiques	BERGER.
Clinique des maladies nerveuses	{ DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique chirurgicale	TILLAUX.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchement	{ N.
	PINARD.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GLEYS.	REITTERER.
ALBARRAN.	HARTMANN.	RICARD.
ANDRE.	HEIM.	ROGER.
BAR.	LEJARS.	SEBILEAU.
BONNAIRE.	LETULLE.	THIERY.
BROCA.	MARFAN.	THOINOT.
CHARRIN.	MARIE.	TUFFIER.
CHASSEVANT.	MENETRIER.	VARNIER.
DELBET.	NELATON.	WALTHER.
GAUCHER.	NETTER.	WEISS.
GILBERT.	POIRIER, chef des	WIDAL.
GILLES DE LA TOURETTE.	trav anatomiques.	WURTZ.

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ : M. CH. PUPIN.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A la mémoire de mes Père et Mère

A mon Epouse

A mes Parents

A mes Amis

A mes Maîtres

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur Berger

Professeur de clinique chirurgicale
Membre de l'Académie de médecine
Chirurgien de l'Hôpital de la Pitié
Chevalier de la Légion d'honneur

INTRODUCTION

La thérapeutique des rétrécissements infranchissables de l'urèthre a fait depuis quelques années des progrès sérieux. La résection partielle ou totale de la portion rétrécie suivie de la reconstitution directe (suture de l'urèthre) ou indirecte (suture des parties molles du périnée), telle est la méthode actuelle qui permet la guérison rapide d'une lésion jusqu'ici souvent réfractaire aux moyens ordinaires de traitement.

Les résultats obtenus sont des plus concluants et leur publication ne peut que servir à encourager les chirurgiens dans cette voie. En présence d'un rétrécissement infranchissable de l'urèthre, c'est à la résection qu'il faut désormais s'adresser.

Mais avant d'aborder l'étude de notre sujet, c'est pour nous un plaisir et un devoir d'exprimer à M. le Dr Picqué, chirurgien de la Pitié, qui nous a inspiré cette thèse, toute notre reconnaissance pour les sages conseils qu'il nous a prodigués pendant l'année d'externat que nous avons passée auprès de lui à la Maison

municipale de Santé, et pour la bienveillance qu'il n'a cessé de nous témoigner depuis.

Nous remercions aussi nos autres maîtres des hôpitaux, MM. les Drs Dreyfus-Brisac, Roques et Descroizilles pour les bonnes années d'enseignement clinique que nous avons passées auprès d'eux en qualité d'externe.

Que M. le professeur agrégé Ch. Maygrier, accoucheur de la Charité, reçoive toute notre reconnaissance pour nous avoir initié à l'art de l'obstétrique pendant six mois que nous avons passés dans son service.

Nous ne manquerons pas d'exprimer toute notre sympathie à nos chefs de service de l'hôpital de Saint-Denis MM. les Drs Leroy des Barres, Feltz et Iszenard pour la bienveillance qu'ils nous ont témoigné pendant notre séjour auprès d'eux.

Que M. le professeur Berger, chirurgien de l'hôpital de la Pitié, nous permette de lui adresser nos sentiments de profonde reconnaissance et nos plus sincères remerciements pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.



Définition du rétrécissement infranchissable

Un rétrécissement est dit infranchissable quand l'on n'a pu y faire passer une sonde. Souvent ce terme est appliqué à des rétrécissements infranchis, c'est-à-dire à des rétrécissements qu'un opérateur a tenté en vain de franchir avec un cathéter ; cet opérateur quelquefois peu exercé a échoué où un autre plus habile ou plus expérimenté réussira. Donc il faut bien distinguer un rétrécissement infranchi d'un rétrécissement infranchissable vrai. Ceux-ci existent car quelle que soit l'habileté de l'opérateur il arrive à celui-ci de rencontrer dans la clinique des coarctations qui défient les efforts les plus persévérants et les procédés les plus ingénieux.

Les rétrécissements de ce genre sont surtout provoqués par des contusions et des ruptures de l'urèthre. La blennorrhagie fournit des rétrécissements infranchissables, mais en plus grand nombre qu'on ne l'a dit.

Il existe plusieurs variétés de rétrécissements

infranchissables : 1° ceux qui sans être perméables à la sonde laissent filtrer l'urine ; 2° ceux qui sont infranchissables et pour la sonde et pour l'urine. Ces derniers sont la cause d'accidents graves, rétention, infiltration d'urine, fistules, etc., pour lesquels l'intervention devra être rapide et appropriée.



Historique de l'urethrectomie

En remontant dans l'histoire c'est à Le Dran, chirurgien major de la Charité, qu'il faut attribuer une des premières tentatives d'excision de l'urètre. En 1731, il pratiqua l'extirpation de callosités pour fistules périnéo-scrotales sur un officier anglais, âgé de 66 ans, (excision de la masse calleuse et mise à demeure d'une sonde). La guérison fut durable malgré l'âge du sujet et les accidents septiques post-opératoires. Il se proposait de pratiquer l'excision suivie de suture chez un second malade ayant la même affection, mais ayant eu une consultation avec Chopart et J.-L. Petit, ceux-ci n'en furent pas partisans, alléguant que la méthode était dangereuse et l'excision tomba dans l'oubli.

En 1837, dans la Gazette médicale de Paris, Robert rapporte une observation complète d'urethrectomie faite par Dugas ; cas d'urètre imperméable, découverte et excision en totalité de l'induration.

J. Roux, en 1853 retranche quinze millimètres du

canal pour une tumeur uréthrale. La même année, Verneuil pratique une excision qui lui donne 8 centimètres de distance entre les 2 bouts de l'urèthre, sonde à demeure, guérison.

En 1855, Leroy d'Etiolles dans un travail qu'il publie sur le traitement des sténoses et rétrécissements de l'urèthre insiste sur l'excision en particulier.

Ces tentatives isolées, hardies mais non érigées en méthode laissent l'excision de l'urèthre sans technique ni indications établies. Ce n'est qu'en 1861, que Bourguet d'Aix présente un mémoire à l'Académie de médecine dans lequel il préconise la résection de l'urèthre et en donne les indications, l'appliquant aux rétrécissements non dilatables « à ces rétrécissements très durs, calleux ou cartilagineux, formés par une nodosité extrêmement volumineuse. » Des observations de malades traités avec succès venaient à l'appui de son travail. Une discussion eut lieu dans la haute assemblée mais Gosselin le rapporteur désapprouva la méthode et la combattit. Après cette discussion personne en France n'ose reprendre la méthode qui se trouve délaissée. A l'étranger elle conserve, surtout en Allemagne, quelques chauds partisans : Rose, Koenig, Heussner, etc.

En France, quelques rares observations sont publiées, Sedillot, Valette, Voillemier, Labbé dans leurs traités qui paraissent à cette époque (1876), reprennent un peu la question. Les Anglais ne restent

pas en arrière ; Mayo Robertson publie en 1881 un beau succès obtenu avec la résection.

Lorsque, en 1884, paraît la thèse de Parizot, faite sous l'inspiration de Mollière, chirurgien major à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Dans sa thèse, Parizot vante la méthode de son maître, qui est celle employée antérieurement par Bourguet d'Aix, dans les cas désespérés « où les rétrécissements infranchissables ou non sont entourés de masses calleuses, dures, étendues, cas à fistules nombreuses, où l'uréthrotomie externe est impuissante. » Il rapporte un certain nombre d'observations à l'appui de sa thèse. En 1887, Locquin communique à la Société de Chirurgie 2 cas d'excision suivis de succès.

Au Congrès de Chirurgie de Paris de 1888, le professeur Poncet de Lyon, apporte des faits personnels : 9 malades opérés par lui avec obtention d'une guérison durable ; résultat définitif, dit-il, supérieur à celui de l'uréthrotomie externe.

Pendant ce temps l'uréthrectomie ne cesse d'avoir la faveur des chirurgiens allemands. En 1889, Hœgler fait paraître un mémoire très intéressant contenant à côté d'observations cliniques prises dans le service du professeur Socin, des expériences nombreuses sur des chiens. Paoli Erasmè en Italie, poursuit également des recherches sur les animaux. Les Américains pratiquent également l'uréthrectomie ; Keyes en 1891, publie un cas d'excision avec uréthroplastie.

Malgré les travaux de l'Ecole de Lyon, la communication de Poncet et les publications étrangères, quelques rares chirurgiens en France pratiquent la résection.

C'est alors qu'elle est tirée de l'oubli par le professeur Guyon qui en fait le sujet de plusieurs leçons cliniques et formule son opinion au Congrès de chirurgie de 1892. Au même Congrès, Albarran se joint à son maître pour soutenir les travaux de l'Ecole de Necker. Leurs conclusions sont résumées dans la brillante thèse de Noguès alors interne de M. Guyon qui apporte également à l'appui de 79 observations cliniques des expériences cadavériques et sur des chiens. La même année 1892, Jouon de Nantes avait adressé une communication écrite à la Société de Chirurgie de Paris ; il trouve étrange, dit-il, que la résection de l'urèthre demeure comme inconnue, dédaignée ou niée jusqu'à ce jour. Dans sa lettre il rapporte une observation personnelle de rétrécissement traumatique avec abcès périnéal chez un homme de 67 ans ; l'excision d'un bloc cicatriciel de 7 millimètres fut pratiquée, et le malade sort guéri au bout de six semaines. Jouon va même jusqu'à rechercher si la méthode ne devrait pas être le traitement de choix des rétrécissements blennorrhagiques.

Dans la séance suivante du 4 mai 1892, M. Quénu, à propos du mémoire de Jouon, rapporte l'observation d'une opération analogue qu'il pratiqua à

Cochin en 1891. Son malade était porteur d'un rétrécissement d'origine traumatique remontant à 1884. Ce rétrécissement de la longueur d'un centimètre environ avait résisté à quatre uréthrotomies internes pratiquées à une année environ de distance avec des séances de dilatation dans l'intervalle. M. Quénu enleva un centimètre et demi d'urèthre, mais n'obtint qu'une réunion immédiate partielle par suite de la suppuration d'un fil. M. Berger prend ensuite la parole pour protester contre les conclusions du mémoire de Jouon et dire qu'il faut un plus grand nombre de cas probants pour substituer à la dilatation et à l'uréthrotomie interne la résection qui est beaucoup plus difficile et plus incertaine. Cette discussion ne contribua pas à rendre classique la méthode. Néanmoins les travaux se succèdent.

Vignard, dans les Archives provinciales de Chirurgie 1892, publie une monographie importante dans laquelle il dit qu'à son avis la résection de l'urèthre n'occupe pas dans la chirurgie urinaire le rang auquel elle a droit et il conclut en l'admettant seule rationnelle dans les rétrécissements infranchissables et indilatables.

Le professeur Guyon continue l'étude de la question et s'affirme de plus en plus pour la résection surtout dans les rétrécissements traumatiques ; mais il la veut partielle autant que possible en donnant les raisons qui en font son procédé de choix.

Wartel, dans sa thèse inaugurale (1892), rapporte 4 observations d'uréthroplastie avec résultats tardifs pratiquées par son maître Guermonprez. De ses quatre opérés, 2 étaient porteurs de rétrécissements blennorrhagiques et les 2 autres étaient d'ordre traumatique ; ils ont été revus, d'aucuns plusieurs années après l'opération, avec un calibre urétral sensiblement normal. Heurtaux, de Nantes, se montre également partisan de la résection.

Lorsque, en 1893, paraît un travail de Legueu et Cestan dans lequel ils posent nettement les indications opératoires dans les rétrécissements traumatiques. Mais alors ils font une part assez restreinte à la résection et en subordonnent l'utilité au siège de la lésion et ne la conseillant guère que dans l'urèthre périnéal. Ce mémoire très documenté est appuyé de huit observations cliniques de rétrécissements traités sans excision.

Rieffel, dans la Revue générale de thérapeutique du 29 mars 1893, consacre un article condensé à l'uréthrectomie. Indications assez nombreuses, dit-il, elle doit être faite particulièrement dans les cas de rétrécissements calleux accompagnés d'abcès urinaires chroniques ou de fistules périnéo-scrotales indurées, et la conseillant même dans les rétrécissements blennorrhagiques multiples en faisant porter son action sur le point le plus rétréci.

Bazy, dans la thèse de Vergues (1894), où il est

rapporté 2 observations, pour conclure pratique la résection dans tous les rétrécissements siégeant dans la région périnéale, bien limités, indilatables ou infranchissables, accompagnés de fistules ou d'abcès, de rétrodilataion uréthrale ou de troubles dans le fonctionnement du rein.

Villard, de Montpellier, publie également la même année les résultats de la pratique de son maître Tedenat : 9 observations d'uréthrectomie dont 6 pour des rétrécissements traumatiques et les 3 autres blennorrhagiques : succès durable obtenu.

Rollet, de Lyon, rapporte à la même époque un beau cas d'extirpation de 6 centimètres d'urèthre rétréci par une blennorrhagie antérieure avec restauration par sutures à étages ; réunion par première intention, reconstitution artificielle parfaite.

Le professeur Guyon publie à la même époque le résultat éloigné d'une résection de plus d'un centimètre d'urèthre avec réunion immédiate des 2 bouts du canal chez un homme porteur d'un rétrécissement scléro-cicatriciel ; opéré en décembre 1891, la guérison persiste en 1894 ; ce malade avait été uréthrotomisé et dilaté sans succès auparavant.

En Amérique (Richardson) l'uréthrectomie est appliquée avec succès.

Routier, en 1895, consacrant plusieurs leçons au traitement des rétrécissements de l'urèthre, pense qu'en présence d'un noyau d'induration palpable

dans un rétrécissement infranchissable, se posera la question de la résection partielle ou totale de la partie malade.

Pousson, de Bordeaux, 1895, publie une observation de rétrécissement scléro-cicatriciel blennorrhagique contre lequel 2 uréthrotomies internes et une électrolyse linéaire avaient échoué ; il pratiqua l'extirpation avec réunion des 2 bouts : guérison durable.

En Belgique, l'uréthrectomie est connue et pratiquée. Moreau, chirurgien à Charleroi, relate en 1896 deux cas de rétrécissements traumatiques, dont l'un chez un enfant de 7 ans $\frac{1}{2}$, pour lesquels il pratiqua avec succès la résection.

Les chirurgiens américains ne restent pas en arrière. Le Dr Cabot, de Boston, 1896, attend 3 et 5 ans pour publier les résultats durables de 5 cas de rupture de l'urèthre traités par la résection et la suture des 2 bouts. Füller rapporte également 2 observations, traduites *in extenso* plus loin, de résection chez des malades porteurs de rétrécissements blennorrhagiques anciens et dont l'état général était peu satisfaisant.

Coppelen, en Allemagne, tente l'opération dans un cas semblable et réussit complètement.

Pour terminer, citons la monographie d'Audry, de Toulouse, 1898, qui établit le parallèle des uréthrotomies et de l'uréthrectomie.

Etiologie des rétrécissements infranchissables

Les rétrécissements infranchissables du canal de l'urèthre ont pour origine deux grands facteurs : le traumatisme et l'inflammation. De là 2 variétés de rétrécissements : traumatiques et inflammatoires. Outre ces 2 catégories, il en existe une 3^e qui participe à la fois des 2 précédentes : ce sont les rétrécissements scléro-cicatriciels.

Rétrécissements traumatiques. — Le rétrécissement est une complication fatale et fréquente de la rupture de l'urèthre. Constitution rapide, récives incessantes, voilà les deux grands caractères des rétrécissements traumatiques, même lorsque la déchirure de l'urèthre est incomplète et peu étendue. Il apparaît quelquefois immédiatement ou peu de jours après l'accident. Dans d'autres circonstances, Paul Delbét, Legueu, Bazy, il est 15 à 40 ans avant d'attirer l'attention du malade. Ce traumatisme de l'urèthre peut être produit de diverses manières, le plus souvent c'est une chute à califourchon. Pourtant il y

a des circonstances assez rares où l'urèthre a été atteint, témoin les 2 cas de Bousquet : l'un chez un homme de 44 ans qui tomba d'un toit, la jambe s'étant ployée dans la chute, le talon du soulier porta sur le périnée ; le 2^e chez un jeune homme de 16 ans qui reçut un fort coup de pied dans le derrière ; immédiatement après, il pissa du sang. La bicyclette a été également incriminée : un jeune homme de 17 ans, sur sa machine, éprouve un ressaut au passage d'un pavé ; immédiatement après, il sent sa chemise mouillée et la trouve imprégnée de sang (Delobel). Le Moynet, de Rennes, relate un cas de chute de bicyclette où son malade est projeté dans un fossé sur le bec de sa selle ; uréthrorrhagie consécutive.

Des ruptures non moins graves du canal sont consécutives aux fractures du bassin. Dans celles-ci la force qui les produit agit indirectement par l'intermédiaire du bassin tandis que les autres ruptures se produisent directement au point même d'application de la force.

On confond souvent deux choses dans les rétrécissements qui suivent à bref délai le traumatisme : le véritable rétrécissement et la déviation du canal. Tantôt l'urèthre est totalement rompu, tantôt il n'y a que contusion de la paroi. Dans le premier cas il y a fracture, si l'on peut s'exprimer ainsi et les deux fragments se disjoignent. Ils peuvent chevaucher et alors les deux orifices ne se correspondent plus et il y a

rétrécissement infranchissable avant même qu'il y ait formation de tissu cicatriciel ; il n'est pas rare que la rétraction opérée par les deux bouts arrive à 3 et même 4 centimètres. L'urine s'infiltré alors dans les tissus et apporte par sa présence un nouvel élément d'inflammation ; les parois du canal se trouvent en pareille circonstance dans les conditions d'une plaie irritée, leurs bords se soudent, contractent des adhérences et le canal primitif finit par se transformer en un cordon fibreux. C'est en vain qu'on essaiera de franchir un pareil rétrécissement, la sonde sera toujours arrêtée au niveau de l'obstacle.

Dans la contusion du canal sans rupture la virole cicatricielle met plus longtemps à s'organiser, se limite le plus souvent à la paroi inférieure et ce n'est qu'au bout d'un certain temps que le rétrécissement deviendra infranchissable.

Quant aux rétrécissements consécutifs aux fractures du bassin la gravité s'en augmente en raison de leur siège toujours plus profond. Ils atteignent l'urèthre postérieur dans sa partie située au-dessus de l'aponévrose de Carcassonne et siègent par conséquent à l'intérieur de la cavité pelvienne.

Les rétrécissements traumatiques se constituant rapidement la vessie n'a pas le temps de réagir, c'est-à-dire de s'hypertrophier ; elle se laisse dilater, les uretères et les bassinets ensuite, le rein succombe et il n'est pas très rare de voir des malades atteints de

cette affection emportés avec rapidité par la cachexie urinaire même lorsqu'ils n'ont pas été infectés.

Rétrécissements d'origine inflammatoire. —

La cause presque unique des rétrécissements de l'urèthre en dehors du traumatisme est la blennorrhagie. Les rétrécissements de cet ordre ne deviennent pas fatalement infranchissables. Ici la cause irritante agit progressivement mais très lentement. La vessie a le temps de s'hypertrophier et d'adapter sa fonction aux difficultés nouvelles qu'elle a à surmonter. Le travail inflammatoire porte sur toute l'étendue de la muqueuse quoique avec des lieux d'élection qui sont toujours les mêmes : le bulbe, la partie qui avoisine le gland et la partie spongieuse qui correspond à l'angle du pubis. Les divers rétrécissements ne sont que les points les plus malades dans toute l'étendue du canal. Le malade peut toujours au début passer une sonde et il suffira de prendre cette précaution de temps à autre pour que l'urèthre ne puisse être complètement obturé. Le degré de stricture est variable mais il va rarement jusqu'à l'effacement complet de la lumière du canal. Il arrive pourtant qu'à force de négligence de la part du sujet le rétrécissement devienne trop étroit pour permettre à la vessie de se vider d'une façon suffisante ; c'est alors que l'urine s'infiltre à travers les tissus et que surviennent des fistules périnéales.

C'est en parlant de ces rétrécissements blennorrhagiques que certains auteurs, français et anglais. Després, Syme, etc. ont prétendu qu'il n'en existait pas d'infranchissables. Després surtout disait qu'il n'y a des rétrécissements infranchissables que parce que le chirurgien ne sait pas les franchir. Beaucoup d'autres praticiens admettent les rétrécissements franchissables pour l'urine mais font des réserves au point de vue de la possibilité d'un cathétérisme. M. Guyon s'exprime ainsi « Il faut pour arriver à un diagnostic précis et par cela même chirurgical ne pas se contenter d'avoir constaté l'obstacle, il faut le franchir ; l'on peut sans doute soupçonner un rétrécissement et même admettre son existence sans l'avoir franchi, on sait qu'ils ne sont pas tous immédiatement perméables. Il ne suffit pas d'avoir été arrêté, de déclarer qu'on a épuisé tous les moyens et que l'on n'a pu passer il faut avoir déterminé le siège, reconnu la nature de l'obstacle, relevé les causes qui lui ont permis de se constituer. »

Quoiqu'il en soit la blennorrhagie compte à son actif un grand nombre de rétrécissements infranchissables surtout, comme nous allons le voir, quand un traumatisme, si minime qu'il soit, est venu y joindre son action.

Rétrécissements scléro-cicatriciels. — Dans certaines blennorrhagies très aiguës les corps caverneux

sont fortement congestionnés ils entrent en érection tandis que l'inflammation a diminué l'extensibilité de l'urèthre qui ne se prête plus à la distension. Il s'en suit une courbure de la verge en arc dont l'urèthre forme la corde (chaude pisse cordée). Par un redressement brusque de la verge soit au cours de l'administration d'une injection ou bien pour obtenir un soulagement à la douleur, il se produit une rupture du canal qui est suivie d'un rétrécissement dans un délai assez rapproché.

De la même façon se produisent les ruptures chez un blennorrhagique à la période aiguë, qui fait des tentatives de coït. Il s'écoule souvent peu de sang ou pas du tout, le malade a éprouvé une douleur assez vive mais de peu de durée. Au niveau des déchirures qui se produisent il s'organise des tissus inodulaires qui combinent leur processus cicatriciel au travail de sclérose inflammatoire. Ce genre de rétrécissements évolue rapidement et résiste à la dilatation.

Rétrécissements syphilitiques. — Actuellement il est admis que la syphilis provoque parfois des rétrécissements de l'urèthre. M. Albarran les a définis en deux catégories :

1° Rétrécissements transitoires contemporains de l'induration syphilitique qui naissent et disparaissent avec elle, c'est le fait de l'infiltration périchancreuse et périgommeuse ;

2° Rétrécissements consécutifs persistant lorsque la lésion syphilitique est déjà guérie et qui n'ont de syphilitique que leur origine. Il s'agit alors soit d'un rétrécissement cicatriciel dû à la réparation de lésions destructives du canal soit encore d'un simple rétrécissement inflammatoire de la sclérose du tissu spongieux succédant à l'inflammation banale qui accompagne les manifestations uréthrales de la syphilis.

Très rarement ces rétrécissements deviennent assez serrés pour oblitérer complètement le canal.

Les rétrécissements spécitiques siègent le plus souvent au voisinage du méat, quelques cas rares ont été observés plus profondément mais ils sont discutables et sont peut être le résultat d'une blennorrhagie concomitante.



Indications de l'uréthrectomie

Dans les cas de rétrécissements cliniquement infranchissables et *a fortiori* dans ceux où le canal est anatomiquement oblitéré, l'excision du segment malade de l'urèthre ne saurait être un seul instant discutable. Les premiers chirurgiens qui pratiquèrent cette opération, Dugas, Roux, Voillemier, y furent précisément conduits par l'impossibilité où ils étaient de faire pénétrer une bougie filiforme dans la vessie. L'extirpation de ces masses inodulaires ayant des tendances rétractiles donne les meilleures garanties contre les récidives. Dans les rétrécissements d'origine traumatique elle est nettement indiquée, les autres méthodes de traitement échouant inévitablement.

Elle devra être également préférée à l'incision pour les rétrécissements de toute nature accompagnés de fistules et seule elle permettra l'extirpation totale du trajet de ces dernières.

La résection donnera une guérison durable dans les rétrécissements blennorrhagiques infranchissables et indilatables où l'uréthrotomie interne et même

externe est impuissante et expose à des récives précoces.

Elle est logique et justifiée lorsque l'urèthre est perdu au milieu d'une masse cicatricielle scléreuse et volumineuse, en un mot lorsque le périnée n'est plus qu'un amas de tissus calleux et d'une dureté ligneuse.

Dans les rétrécissements blennorrhagiques multiples la profondeur des lésions permet aisément de comprendre pourquoi les moyens thérapeutiques usuels, dilatation, uréthrotomie interne sont souvent incapables d'amener une guérison durable ; après une passagère amélioration du calibre la récive se produit. La plupart du temps il existe un point particulièrement rétréci au niveau duquel l'urèthrectomie pourra être pratiquée : elle lèvera l'obstacle et permettra une bonne dilatation des autres points moins rétrécis.

Quand il y a infiltration d'urine, vastes décollements, gangrène des tissus avant tout il faudra traiter ces accidents. Puis l'état général du sujet étant relevé la résection sera pratiquée ultérieurement avec succès. Elle ne sera pas contre indiquée si l'on manque de tissus pour refaire un nouveau canal, celui-ci se reformera assez rapidement par bourgeonnement.

La vieillesse du sujet, la coïncidence d'un état général mauvais ne doivent pas faire reculer le chirurgien.

Manuel opératoire

En prenant le bistouri pour pratiquer une résection de l'urèthre, il est difficile au chirurgien de se prononcer sur l'étendue du canal qu'il va enlever. M. Guyon insiste beaucoup sur la valeur de la résection partielle; c'est-à-dire sur la conservation de la paroi supérieure et il donne des arguments puissants en sa faveur (non écartement des 2 bouts, présence d'un épithélium régénérateur, surface de glissement pour des cathétérismes ultérieurs); mais souvent cette paroi supérieure est elle-même atteinte. Ce n'est que dans les cas de rétrécissements dus à un nodus cicatriciel limité faisant saillie à la surface externe qu'il sera possible de faire la résection partielle.

Le procédé employé par notre maître M. Picqué est celui du professeur Guyon, il a été bien décrit par Chevalier dans sa *Technique des opérations sur les voies urinaires*. Nous lui ferons de fréquents emprunts.

Après introduction d'un conducteur, aborder le rétrécissement par le procédé de l'urèthrotomie exter-

ne, c'est-à-dire faire une incision sur la ligne médiane; saisir ensuite le noyau fibreux, le disséquer comme une tumeur en le libérant de tous côtés, prendre garde toutefois de blesser les corps caverneux. Procéder à la section des 2 extrémités pour finir l'extirpation.

Au cours de l'opération s'il existe des fistules exciser et détruire complètement leur trajet.

Si les dimensions de la portion d'urèthre enlevée ne dépassent pas 2 centimètres chercher l'affrontement des 2 bouts et suturer à points séparés au catgut fin sans prendre la muqueuse.

Plus la résection est pratiquée près des bourses, plus l'affrontement est facile ; au contraire près du bulbe, au voisinage de l'aponévrose moyenne les connexions étroites de ce plan musculo aponévrotique avec la portion membraneuse immobilisent presque complètement ce segment qui ne peut aller à la rencontre du bout antérieur. Dans ce cas essayer de libérer les deux segments sur une petite étendue et si l'on est gêné il vaut mieux ne pas réunir et refaire un bout de canal avec les tissus voisins comme nous allons le décrire plus loin.

Un temps parfois délicat de l'opération est la recherche du bout postérieur. Pour ne pas le laisser échapper on peut faire comme Heurtaux, mettre un fil dessus avant de sectionner. Cabot de Boston, pour le retrouver, insiste sur l'importance du jet de l'artère bulbeuse. Quelquefois on sera obligé de recourir au

cathéterisme rétrograde, opération inoffensive devant laquelle il ne faudra pas reculer pour mener à bien le reste.

Quand l'on aura eu affaire à une masse scléreuse étendue il ne faudra pas tenter la suture des 2 fragments. Les auteurs ne sont pas d'accord sur la longueur à assigner comme limite à la possibilité de cette réunion. M. Guyon, Noguès son élève, ne la cherchent pas au-delà de 3 centimètres, distance qu'ils trouvent même téméraire. Rieffel, Guérmonprez vont jusqu'à 5 centimètres.

Résection partielle ou totale, après avoir placé une sonde à demeure il faut restaurer la brèche que l'on aura faite quand l'état des tissus le permet. Si les deux bouts de l'urèthre ont été suturés faire par dessus des sutures étagées.

Au cours de l'opération si les corps caverneux ont été ouverts, suturer leur enveloppe pour parfaire l'hémostase.

Quand l'étendue de la résection est trop grande, faire par dessus la sonde un nouveau canal avec les tissus para-uréthraux. On y réussira d'autant mieux si l'on a pu conserver une bande de la paroi supérieure du canal. M. Guyon fait 2 plans de suture « prenez du catgut n° 0 ou 1 faites des points séparés très rapprochés, prenez assez loin les feuillets lamelleux pour adosser des surfaces larges. Dans le premier plan prenez les feuillets juxta-uréthraux et bulbo-caverneux s'ils

sont divisés, dans les 2 points extrêmes antérieur et postérieur, accrochez l'urèthre. Par dessus ce plan faites en un second encore au catgut et terminez par la suture cutanée au crin de Florence en passant quelques fils profonds, les autres restant superficiels. » Chose remarquable, ces tissus para-uréthraux s'adaptent plus tard très bien à leur nouvelle destination et arrivent à faire fonction d'urèthre.

En présence de tissus profondément infiltrés, de fistules nombreuses ayant envahi tout le périnée et détruit les tissus normaux de celui-ci, il devient parfois impossible de tailler les lambeaux et d'en opérer le rapprochement. Il vaut donc mieux au lieu de chercher une réunion vouée à l'insuccès abandonner la plaie au bourgeonnement. La production des bourgeons se fait avec une rapidité relativement très grande et d'énormes brèches se comblent parfois en cinq ou six semaines.

Dans ces cas là l'autoplastie a quelquefois rendu de grands services.

Le contact de l'urine normale ou pathologique ne nuit pas sensiblement à la cicatrisation (Guyon).



Traitement consécutif. Résultats

La sonde à demeure sera retirée au bout de 6 à 8 jours. Dans le cas où il persisterait une fistule elle sera laissée jusqu'à complète oblitération de celle-ci. Elle ne pourra être également enlevée quand la réunion par première intention n'ayant pu être obtenue, la cicatrisation aura été abandonnée au bourgeonnement. Dans ces deux derniers cas on fera bien de changer cette sonde toutes les semaines et plus souvent même pour éviter son incrustation par les sédiments urinaires.

Quoique certains auteurs ne croient pas nécessaire la dilatation consécutive, il sera plus prudent de procéder à des cathétérismes répétés. On imposera même au malade, à des intervalles plus ou moins éloignés, des séances de Beniqués dans les cas où l'on aura dû reconstituer un canal avec les tissus voisins et à plus forte raison quand la réunion n'aura pu être obtenue que secondairement.

Les résultats immédiats sont durables, la récurrence est assez rare et constamment on observe un rétablissement normal des fonctions urinaires et génitales.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

L. Picqué, Revue générale de clinique et de thérapeutique, 22 juin 1892

Rétrécissement infranchissable blennorrhagique. — Infiltration. — Accidents infectieux. — Uréthrectomie. — Réunion secondaire. — Guérison durable.

M. S. T..., fait demander M. Picqué le 16 mars 1891, pour un gonflement insolite des bourses et du périnée. Ce malade, d'une bonne santé générale, robuste, souffre depuis 20 ans, d'un rétrécissement de l'urèthre d'origine blennorrhagique. Il ne s'est jamais sondé, d'après les conseils d'un médecin !

Depuis quelques mois la miction est difficile et d'une durée fort longue ; cette gêne a encore augmenté dans ces derniers jours : accès de fièvre le soir, que le malade attribue au paludisme. N'a jamais présenté de rétention complète d'urine.

L'avant-veille du jour où M. Picqué vit le malade

pour la première fois, la difficulté de la miction était considérable. A la suite d'un violent effort il avait éprouvé une sensation de bien être notable ; le gonflement n'avait pas tardé à paraître.

Lors de l'examen, le malade était en proie à une agitation extrême.

La verge, le pubis, le scrotum, le périnée et le pli génito crural sont le siège d'un gonflement considérable.

La peau est rouge œdématiée, tendue, sans sphacèle.

La douleur est vive à la pression.

La température est à 40°, le pouls est à 120.

Le malade est transporté d'urgence aux Frères Saint Jean de Dieu où M. Picqué pratique de suite les débridements nécessaires, une grande quantité de pus et d'urine sortent par les incisions pratiquées. Injections répétées à l'aide de solution de sublimé au 4000°. Pansement humide. Les accidents généraux rétrocedent rapidement, les plaies se cicatrisent et le malade ne conserve qu'une fistule située dans le pli génito crural gauche, par où il urine abondamment ; une très petite quantité d'urine arrive au méat.

Dans ces conditions, M. Picqué se décide à rétablir le cours des urines.

Après avoir pratiqué un cathéterisme infructueux, qui amène la bougie sur une portion calcaire qui fut prise tout d'abord pour un calcul de l'urèthre, il fut proposé au malade, qui l'accepte, une uréthrotomie externe sans conducteur. L'incision médiane permet de constater les particularités suivantes :

Au fond de la plaie, le canal est induré de façon in-

solite dans l'étendue de 3 à 4 centimètres, de consistance calcaire, présentant l'aspect d'un véritable tuyau de pipe mobile transversalement ; en arrière on constate aisément la perforation du canal aboutissant au trajet fistuleux qui conduit dans le pli génito-crural gauche.

L'incision de la portion ainsi modifiée du canal permet de constater l'absence presque absolue du calibre urétral. M. Picqué se décide, dès lors, à en pratiquer la résection totale sur l'étendue de 3 à 4 centimètres et il put constater encore la rigidité absolue de la ponction réséquée. La recherche du bout postérieur fut facile. Il fut placé une sonde à demeure selon le procédé ordinaire et la plaie périnéale fut abandonnée à la cicatrisation secondaire.

La sonde à demeure fut laissée assez longtemps.

Elle fut souvent remplacée pour éviter les complications du côté de la vessie. Au bout de 6 semaines, la cicatrisation était complète et le malade apprit à passer lui-même des bougies de temps à autre, de façon à maintenir le calibre de l'urèthre. Actuellement il passe une bougie n° 20, chaque mois, avec la plus grande facilité.

OBSERVATION II (inédite)

D'après les notes communiquées par M. Picqué

Rétrécissement infranchissable. — Absès urineux. —
Résection secondaire de l'urèthre. — Reconstitution du canal par bourgeonnement. — Guérison.

A... X..., âgé de 61 ans.

Entre à l'hôpital Dubois, dans le service de M. Picqué, le 11 mai 1896.

Examiné à son arrivée, le malade est trouvé porteur d'un volumineux absès urineux avec infiltration de tout le périnée et du scrotum. Ce dernier présente à sa surface des plaques noirâtres de sphacèle. Toute la région périnéo scrotale est le siège d'un gonflement considérable.

La pression détermine une douleur assez vive au niveau de cette région.

La température du malade est de 39°5, le pouls est petit et fréquent.

Ce malade raconte qu'il a plusieurs atteintes de blennorrhagie et que depuis une quinzaine d'années il est porteur d'un rétrécissement.

Pour cette affection, il a subi deux fois l'uréthrotomie interne avec des séances de dilatation consécutives.

Ces tentatives thérapeutiques ne l'ont pas empêché d'être pris d'accidents de rétention depuis un

mois environ avant son entrée. Les quinze derniers jours qui précèdent, il n'urinait plus que goutte à goutte et actuellement aucune émission ne se produit par le méat.

Devant les accidents que ce malade présente, M. Picqué l'opère le lendemain, 12 mai.

Il est pratiqué une incision sur la ligne médiane le long du raphé périnéo-scrotal et deux autres moins étendues de chaque côté au niveau des bourses.

Il s'écoule un mélange abondant de pus et d'urine, pas de gaz ; le tissu cellulaire est gangrené, un testicule est à nu d'un côté.

Un grand lavage est pratiqué avec la solution de sublimé à 1/4000, puis M. Picqué cautérise toutes les parties malades avec une solution de chlorure de zinc au 20° ; la cavité est ensuite tamponnée avec des compresses humides.

L'examen de l'urèthre est remis à une date ultérieure.

Le malade est pansé tous les jours et on constate qu'il urine complètement par son périnée.

Une bougie exploratrice introduite dans l'urèthre est arrêtée au niveau du périnée par un rétrécissement qu'elle ne peut franchir. Au bout de trois semaines M. Picqué propose au malade une seconde intervention ayant pour but de rétablir le cours des urines.

L'opération est pratiquée le 4 juin sous le chloroforme.

M. Picqué se met à la recherche de l'urèthre au niveau de la fistule et ne trouve qu'une masse indurée, de consistance ligneuse de 3 à 4 centimètres d'étendue. Elle est extirpée et, fendue en deux, elle

est reconnue pour un fragment d'urèthre complètement oblitéré.

En explorant la région on découvre une fistule qui faisait communiquer le périnée avec la partie inférieure du rectum. Elle est incisée et le sphincter est coupé. Grattage de toute la région et suture du sphincter à l'aide de deux fils de soie.

Le bout postérieur de l'urèthre est retrouvé assez facilement et il est passé une sonde à demeure.

Etant donné le délabrement des tissus voisins il était impossible de songer à aucune réunion et la plaie fut abandonnée à la cicatrisation.

Le 27 juin, nouveau grattage du périnée pour aviver les surfaces bourgeonnantes.

La sonde à demeure est changée très-souvent, ayant des tendances à l'incrustation.

Au bout de trois mois la cicatrisation est complète et le malade sort urinant normalement par son canal.

Il a continué à passer lui-même des bougies et actuellement son état est très satisfaisant.

OBSERVATION III

*Inédite, d'après les notes communiquées par
M. Picqué.*

Rétrécissement infranchissable d'origine blennorrhagique. — Uréthrectomie partielle. — Réunion par première intention.

L... P..., âgé de 34 ans, entre le 5 avril 1897, à l'hôpital Dubois, dans le service de M. Picqué, pour des difficultés de la miction.

Examiné le lendemain de son arrivée par M. Picqué, qui constate un rétrécissement du canal de l'urèthre infranchissable même par les bougies les plus fines.

Le malade raconte qu'il a eu une blennorrhagie il y a une trentaine d'années et qu'il souffre de son rétrécissement depuis 10 ans environ.

Au bout de 8 jours de tentatives infructueuses pour faire passer un cathéter qui aurait permis de tenter la dilatation. M. Picqué propose au malade une intervention sanglante qui est acceptée.

L'opération est effectuée le 13 avril sous le chloroforme. M. Picqué fait l'incision de l'uréthrotomie externe sans conducteur. Il tombe sur une masse dure, calleuse, bien limitée et siégeant au périnée.

Une partie de cette masse est excisée, mais la paroi supérieure de l'urèthre est respectée.

Une sonde à demeure est introduite et l'on fait la suture du périnée par étages.

Au bout de 3 jours, la sonde est enlevée et remplacée par une autre.

La réunion est obtenue par 1^{re} intention et au bout de 10 jours tout pansement devient inutile.

A cette époque, la sonde à demeure est également enlevée.

M. Picqué, pour assurer une guérison complète, fait opérer la dilatation consécutive du canal. On commence d'abord par des bougies, puis on passe aux Béniqués.

Ceux-ci sont très bien supportés et passent avec facilité jusqu'au n° 45.

Le malade sort de l'hôpital Dubois 30 jours après son entrée, complètement guéri. Il urine normalement et son périnée présente une souplesse satisfaisante.

Actuellement la guérison persiste et cet homme n'éprouve plus aucune gêne de la miction.

La paroi de la vessie est épaisse, elle semble fongueuse et saigne facilement.

Dès le lendemain, la polyurie trouble a cessé, l'urine s'écoule en abondance, la température est tombée à la normale et il ne se produit aucune infection de la plaie. Il est pratiqué deux fois par jour des lavages à l'eau boriquée.

Etant donné l'impossibilité les jours suivants de passer aucune sonde par l'urèthre, M. Picqué propose l'uréthrectomie qui est pratiquée le 5 juillet.

Cette opération est faite sans conducteur, mais

on éprouve une certaine difficulté à franchir le bout postérieur, le bulbe saigne abondamment.

La portion rétrécie est réséquée sur une étendue de deux centimètres environ.

La réunion des deux fragments n'est pas tentée et le périnée est suturé en étages par dessus la sonde, placée à demeure.

Les suites opératoires furent très bénignes et le malade sort urinant aussi bien que possible par son canal ; la plaie hypogastrique est fermée.

Actuellement encore, il n'éprouve aucune difficulté de ce côté et est très satisfait de son état.

OBSERVATION IV

Inédite d'après les notes communiquées par

M. Picqué.

Rétrécissement infranchissable d'origine blennorrhagique. — Taille hypogastrique. — Uréthrectomie

L. C..., 48 ans, entre le 15 juin 1898, à l'hôpital Dubois, service de M. le Docteur L. Picqué.

Blennorrhagie à 19 ans soignée par une seule injection au nitrate d'argent. Urines toujours très claires et à l'analyse ni sucre ni albumine. Urines purulentes il y a une dizaine d'années. Il y a 25 ans le malade s'est fait soigner pour un rétrécissement.

A l'âge de 38 ans, de nouveaux accidents reparaissent contre lesquels il est pratiqué de la dilatation de temps en temps. A la suite d'une exploration maladroite il urine le sang pendant 3 ou 4 jours. En 1894, le 30 juin, M. Picqué lui fait subir l'uréthrotomie interne et il continue à se passer des bougies mais très irrégulièrement et pratique des lavages de la vessie à l'eau boriquée.

Depuis le 4 juin dernier le malade perd ses urines goutte à goutte et ne peut plus passer que des sondes n° 4.

A son entrée dans le service on constate que sa vessie est considérablement distendue, elle fait une saillie qui atteint l'ombilic. Le malade perd goutte à goutte une urine très fétide et ammoniacale. Il est impossible de passer aucune bougie même filiforme par le canal. La température est de 39°.

Le 16 juin, la taille hypogastrique est pratiquée sans ballon de Petersen et sans injection vésicale préalable.

Le décollement du péritoine se fait facilement, la paroi vésicale est sillonnée de gros sinus veineux. L'incision donne issue à une certaine quantité d'urine fétide et d'odeur ammoniacale. Le bas fond est rempli de pus, un lavage minutieux est pratiqué. Le drainage est seulement assuré par le siphon formé par les deux tubes mis à demeure. Aucune sonde ne peut être placée dans l'urèthre.

OBSERVATION V

Uréthrectomie pour rétrécissement blennorrhagique
accompagné d'abcès et de fistules.

Füller Med News 25 juillet 1896

Homme de 45 ans. Nombreuses blennorrhagies dans son jeune âge. Il y a 10 ans commence à souffrir d'une difficulté de la miction due à un rétrécissement. Après dilatation, nouvelle attaque de rétention compliquée d'extravasation périnéale (abcès et fistules).

Après de nombreuses incisions et drainages, son périnée et son scrotum n'étaient plus qu'une masse d'induration semée de fistules et cette masse l'empêchait de se tenir debout.

Anesthésie à l'éther, On détermina au moyen de bougies filiformes les principaux trajets fistuleux, l'une de ces bougies fut introduite dans la vessie par un de ces trajets.

Avec ces bougies pour points de repère, le patient fut mis dans la position de la lithotomie et on fit une incision longue, étroite, médiane, étendue de l'urèthre pénien au sphincter de l'anus. Le bistouri ouvrit le

scrotum, un testicule sortait d'un côté. Toute la longueur de l'urèthre malade fut mise à jour. Tout le bulbe de l'urèthre, d'un pouce de l'urèthre antérieur jusqu'au bulbe et un demi-pouce de la partie antérieure de l'urèthre membraneux furent trouvés en état de complète désorganisation. Des trajets fistuleux s'étendaient autour de cette portion de l'urèthre montrant que le pus avait disséqué le canal d'avec les tissus adjacents.

De plus, des fusées purulentes avaient envahi autour de l'urèthre les tissus environnants, l'aine et le rectum. De cette incision médiane on en fit d'autres en rayonnant, laissant ouvertes toutes les poches adjacentes. L'urèthre malade ressemblait à une corde dure et fibreuse, percée de nombreux trous et était tellement désorganisé et contracté que, ouvert par une incision longitudinale, on distinguait à peine le trajet du canal. Cet urèthre désorganisé fut par conséquent enlevé ainsi que les modules cicatriciels du périnée et du scrotum. En fait, tant de tissus furent réséqués qu'il ne restait en un endroit qu'un peu de peau et de tissu sous-cutané. Un tube périnéo vésical et un autre uréthral furent alors mis en place et le périnée et le scrotum furent avec soin suturés aétour du tube uréthral. Ce dernier tube fut laissé en place 10 jours et le tube périnéal près de 3 semaines. La plaie périnéale guérit par première intention excepté dans le seul endroit où on avait laissé seulement un peu de peau et de tissu sous-cutané. En cet endroit, il resta pendant quelque temps une ouverture fistuleuse, mais au bout de 6 mois elle se ferma solidement et pour toujours. Vers la même époque, le trajet périnéal du

tube qui pénétrait dans la vessie se ferma aussi. Maintenant le patient est en parfaite santé ; un an après l'opération il reçoit des sondes n° 18 et urine normalement. A la palpation, le périnée et le scrotum sont sains et normaux.

OBSERVATION VI

Uréthrectomie pour rétrécissement d'origine blennorrhagique. — Cathétérisme rétrograde.

Füller Med News 25 juillet 1896

Homme vigoureux, 36 ans. Troubles de l'urèthre depuis 4 ans (rétrécissement). Ce rétrécissement provenait sans doute d'une blennorrhagie précédente ; avait été un grand buveur. Crise de rétention d'urine, sa vessie se distendit et il se produisit des infiltrations.

Füller vit pour la 1^{re} fois le malade à Post Graduate Hospital où il avait été transporté 4 jours après ces infiltrations. Depuis ce temps il ne s'était pas senti soulagé, son état était à ce moment affreux, temp. 40°5.

Il était cyanosé, son pouls était irrégulier et presque incomptable. L'infiltration était extrême. Son scrotum était environ gros comme sa tête, ses tissus des cuisses et du bas-ventre étaient gonflés et durs au toucher. Le périnée était très infiltré, aucune goutte

d'urine ne filtrait du pénis. En cet état il n'est guère besoin que d'une inspiration d'éther. Il fut fait alors une longue et profonde incision sur la ligne médiane le long du scrotum et du périnée en se gardant autant que possible de l'inévitable flot du liquide extravasé qui jaillit plusieurs fois dès qu'il fut mis à jour. On fit alors nombre d'incisions superficielles sur le scrotum pour aider le drainage. La plaie du scrotum fut ensuite examinée en écartant les tissus cutanés, le périnée apparaissait comme un vaste borbier où il était impossible de se reconnaître. Il fut jugé imprudent de chercher à pénétrer dans la vessie par le périnée et c'est à cette décision que le malade dut la vie. On ne savait pas à ce moment, naturellement, l'existence d'une vaste nappe d'infiltration entre les feuillets du fascia pelvien profond qu'une incision dans la vessie à travers le périnée n'aurait pas atteinte.

Füller pensa simplement que s'il entraînait dans la vessie à travers le périnée, il pouvait en plongeant le bistouri dans la ligne médiane atteindre le col de la vessie ». Si j'avais, dit-il, essayé avec soin de trouver l'urètre et de le pénétrer en arrière du rétrécissement, le malade eût succombé bien avant la fin de l'opération, en admettant même qu'il eût été possible à ce moment de trouver l'urètre. Je craignais ainsi de causer du dommage en plongeant mon bistouri mal guidé à travers la région périnéale.

Une autre raison sérieuse, qui se présenta à moi contre l'ouverture par le périnée, fut que devant ce vrai borbier je soupçonnais là aussi une grande désorganisation de l'urètre et je sentis que si le malade survivait c'était un cas dans lequel un cathété-

risme rétrograde serait très utile si l'on essayait de restaurer l'urèthre et j'avais raison de penser ainsi.

Du périnée je détournai mon attention vers l'hypogastre. Je fis sur le pubis une incision longitudinale, j'ouvris la vessie et fis sortir une grande quantité d'urine claire. Après que la vessie se fut vidée aux deux tiers, il se fit soudain un écoulement de matière infecte, purulente, que je reconnus venir de l'infiltration entre les feuillets du fascia pelvien profond.

Après évacuation de beaucoup de ce pus, je réussis à introduire l'index dans le canal qui lui avait donné issue. Il pénétra dans la portion inférieure de l'espace de Retzius du côté droit.

Un cathéter fut introduit dans la cavité occupée par cette infiltration et la région fut lavée à l'eau stérilisée. Le malade fut alors couché et mis au repos. Il se remit vite et au bout de deux semaines, son état étant satisfaisant et tous les bourbiers ayant disparu, j'entrepris alors la 2^e opération : la restauration de l'urèthre. Pendant les 2 semaines écoulées, entre la 1^{re} et la 2^e opération, l'urine n'avait pas filtré par la plaie périnéale et les plus minutieuses recherches pour retrouver des restes de l'urèthre dans cette plaie périnéale échouèrent totalement.

Un cathéter introduit par le méat fut arrêté au niveau de la limite supérieure de cette plaie par un rétrécissement, mais après beaucoup d'efforts il passa dans l'espace périnéal indiquant ainsi la destruction totale de l'urèthre. Cette partie du canal avait évidemment disparu dans le bourbier.

Un instrument convenable fut alors passé à travers l'incision sus-pubienne et on pratiqua le cathé-

térismérétrograde. La position de la partie postérieure de l'urèthre fut ainsi définie. Le bout de la sonde fut arraché à travers une masse compacte de cicatrices. Les extrémités de l'urèthre furent alors dissociées de ces cicatrices, un tube fut passé le long de l'urèthre, réunissant ces extrémités et un tube drainage périnéo-vésical fut aussi introduit par en bas.

La plaie périnéale fut réunie, peu serrée et laissée bourgeonner autour du tube uréthral. Un petit tube mou fut introduit à travers les tissus périnéaux pour drainer l'espace périnéal. Les tubes furent enfin enlevés comme dans le 1^{er} cas. Les plaies sus-pubienne et périnéale furent promptement guéries et l'urine s'écoula alors entièrement par l'urèthre. La dernière fois que je l'ai vu, 4 mois après, il était en bonne santé et une sonde d'acier n° 17 passait facilement dans sa vessie. »

Depuis ce moment son état est aussi satisfaisant que possible.

OBSERVATION VII

Résection de l'urèthre avec opération plastique pour rétrécissement infranchissable. A Coppelien.
Centr. für chir. 1886.

O. O. âgé de 36 ans entre le 28 novembre 1895 dans le service de chirurgie de « *Reichshospitale* » pour rétention d'urine. Il raconte qu'il y a environ

7 ans il eut une blennorrhagie qu'il ne soigna pas. Il y a environ deux ans il commença à ressentir des symptômes de rétrécissement ; ses mictions devinrent plus fréquentes et s'accompagnaient de douleur que le malade ressentait au niveau du rétrécissement ; en même temps il s'aperçut que son jet était plus mince qu'avant. Cet état persista jusqu'à il y a environ 6 mois, à cette époque les difficultés pour uriner augmentent et le malade ne pisse plus pendant quelques jours que goutte à goutte. En même temps il se forma un abcès dans la région périnéale qui fut incisé par un médecin. Puis il va un peu mieux, cependant il a toujours de la difficulté pour uriner.

Dans la dernière semaine, il y a 8 jours, il ne pisse plus que goutte à goutte. Enfin depuis 20 heures il n'a pas du tout uriné. Le malade a eu plusieurs frissons, à son entrée il était très pâle et dans un état de stupeur. Le scrotum et le périnée jusqu'à l'anus sont très tuméfiés, la peau est rouge et on sent une fluctuation profonde au niveau du périnée. Les plus fines bougies sont arrêtées à environ 18 centimètres du méat ; la vessie atteint l'ombilic.

On pratique immédiatement l'opération sous le chloroforme.

Incision médiane depuis le scrotum jusqu'au voisinage de l'anus ; il sort beaucoup de pus et environ une cuillerée à bouche d'une urine très décomposée ; on ne trouve pas l'orifice urétral. Alors, sur un conducteur, on incise l'urèthre immédiatement en avant du rétrécissement ; pas d'orifice. Le rétrécissement long de 2 centimètres environ empêche de pénétrer dans la partie de l'urèthre située en arrière

de lui. Aussi on dut inciser en arrière du rétrécissement, ce qui donna lieu à un écoulement d'une urine alcaline sentant très fort. Mais même par cette voie on ne peut pas traverser le rétrécissement avec la plus fine bougie. On introduit ensuite une sonde dans la vessie et on incise largement les téguments en arrière du scrotum. La cystite est alors traitée avec des lavages et des instillations de nitrate d'argent pratiqués tous les jours.

Le 10 décembre les urines deviennent acides et claires. De nouveau on essaie de franchir le rétrécissement, par la voie antérieure et par la voie postérieure, mais en vain. Alors on décide de réséquer ce rétrécissement.

Le morceau excisé mesurait deux centimètres de longueur et était formé d'un tissu cicatriciel fibreux excessivement dur. Au début on avait l'intention de réunir les deux bouts de l'urèthre mais la tension était si grande qu'on dut y renoncer. Pendant deux jours on appliqua des pansements humides pour arrêter l'hémorrhagie.

Le 13 décembre il est pratiqué une greffe de Thiersch de façon à ce que l'un des bords du lambeau de peau recouvre l'endroit réséqué. Mais avant on avait introduit par la plaie périnéale une sonde dans la vessie. Pendant la transplantation on tenait cette sonde tout à fait en arrière, l'opération terminée on poussa son extrémité libre d'arrière en avant dans le segment antérieur de l'urèthre de façon que cette sonde maintienne en même temps dans la profondeur de la plaie le lambeau de peau.

La transplantation est très facile à faire si on donne au lambeau une longueur suffisante.

23 décembre. — La greffe tient partout au niveau de la plaie.

26 décembre. — La ligne de transition entre les extrémités de l'urèthre et le lambeau est absolument lisse. On avive les bords de la plaie et on réunit les surfaces saignantes par cinq points de suture au crin de Florence. Points superficiels. Sonde à demeure.

2 janvier 1896. — La plaie périnéale est guérie et solide ; on fait sortir quelques gouttelettes de pus par le point antérieur. On enlève la sonde. Une sonde molle de Nélaton, n° 20, passe très bien. Le malade se lève. Tous les jours on passe une bougie n° 20.

Le petit orifice qui persistait au niveau du premier point de suture se ferme très vite.

Quand le malade quitte l'hôpital on passait sans difficulté la bougie n° 28. On lui dit de venir une fois par semaine pour se faire passer une bougie, mais comme il arrive généralement il ne revint que trois semaines plus tard et malgré cela le n° 28 passait encore très bien.

Le 1^{er} mars le malade est examiné, la séparation entre l'urèthre ancien et l'urèthre de nouvelle formation est à peine indiquée.



CONCLUSIONS

Dans les rétrécissements infranchissables, accompagnés ou non de fistules, et présentant une certaine longueur, la résection est l'opération de choix.

La résection partielle doit être préférée toutes les fois qu'elle sera possible.

La réunion immédiate des extrémités de l'urèthre étant d'ailleurs le plus souvent impossible, il est préférable de recourir au procédé de M. le professeur Guyon (sutures para-uréthrales).

Le traitement consécutif par la dilatation est indispensable pour obtenir un bon résultat.

Vu :

Le Président de la Thèse,
BERGER.

Vu : le Doyen,
P. BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :

Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

Albarran. — Rétrécissements syphilitiques de l'urèthre. Semaine médicale, 31 octobre 1894.

Audry, de Toulouse. — Uréthrotomies et uréthrectomies. Progrès médical, 1^{er} janvier et 15 janvier 1898.

Bazy. — Rétrécissements traumatiques tardifs de la portion membraneuse de l'urèthre. Presse médicale, 13 février 1897.

Bourguet, d'Aix. — Bulletin Académie médecine, 14 mai 1861.

Bourlange. — Rupture de l'urèthre dans les fractures du bassin. Thèse de Lyon, janvier 1894.

Bousquet. — Deux cas de rétrécissement traumatique de l'urèthre. Journal des praticiens, 14 février 1894.

Cabot. — Cinq cas de rupture de l'urèthre. Boston medical and surgical journal, 16 juillet 1896.

Chevalier. — Chirurgie des voies urinaires. J.-B. Baillière et fils, Paris, 1899.

Coppelen. — Résection de l'urèthre avec opération plastique pour rétrécissement infranchissable. Cent. für Chirurg. 1896.

Delbet Paul. — Rétrécissement traumatique de l'urèthre membraneux. Annales des maladies des org. gén. urin. 1897, p. 503.

Desnos. — Résection de l'urèthre. *France médicale*, 1^{er} mars 1895.

Desnos et Kirmisson. — Dictionn. encyclop. des sciences méd., article urèthre.

Delobel. — Rupture de l'urèthre chez un vélocipédiste. *Tribune médicale*, 14 décembre 1893.

Estor. — Indications du cathétérisme rétrograde de l'urèthre. *Montpellier médical*, 17 novembre 1894.

Forgue. — In Duplay et Reclus. *Traité de Chirurgie*, 2^e édit. 1898, tome VII, p. 941.

Gouraud. — Cure radicale de certains rétrécissements par résection. Thèse de Paris, 1892.

Guyon. — Cliniques des maladies des voies urinaires, 1894, tome I.

— *Gazette médicale*, 22 août 1891.

— *Gazette hebdomadaire*, 14 mai 1892.

— *Annales des maladies des org. gén. urin*, 1894, p. 270.

Heussner. — *Deutsch med Woch*, 1883, n° 28 et *Berlin Klin, Wochen*, 1887, n° 22, p. 367.

Hægler. — *Zeitschrift für chirurg.*, 1889.

Horteloup. — Traitement des rétrécissements de l'urèthre, *France médicale*, 18 novembre 1892.

Jamin et Guiard. — Dictionn. de méd. et de chirurgie pratiq.

Joûon. de Nantes. — De la résection et de la suture de l'urèthre, *Bulletin de la Soc. de chirurgie*, 1892, p. 319.

Keyes. — Un cas d'excision de l'urèthre avec urétroplastie, *Journ. of. cutan. dis.*, novembre 1892.

Kœnig. — *Deutsch, Zeitch für chirur.*, Bd, XVI, p- 429.

Labbé. — *Leçons de clinique chirurgicale*, 1876.

Lambert. — De l'uréthrectomie dans les rétrécissements péniers, thèse de Bordeaux, juillet 1895.

Le Dentu. — La rupture de l'urèthre, Presse médicale, 19 janvier 1895.

Le Dran. — Observations de Chirurgie, t. II, p. 173, Paris 1731.

Legueu et Cestan. — Des indications opératoires dans les rétrécissements traumatiques de l'urèthre ann. mal. org. gén. ur., 1893.

Le Moniét, de Rennes. — Rupture de l'urèthre, chez un vélocipédiste, Gazette des hôpitaux, 2 janvier 1896.

Locquin. — Bullet. de la Soc. de Chirurg., octobre 1887.

C. Moreau, de Charleroi. — 2 observations d'uréthrectomie, Bulletin, académie med. de Belgique, 1896.

Nogues. — De la réparation de l'urèthre perméal, thèse de Paris, 1892.

Ollier. — Lyon médical, 1882.

Paoli Erasme. — Clinica chirurgica propedeutica dell' universita de Perugia, juin 1891.

Picqué. — Rétrécissement infranchissable. Journal des praticiens 22 juin 1892 et 10 février 1896.

Parizot. — Thèse de Lyon 1884.

Poncet. — Congrès de chirurgie 1888.

Pousson. — De l'uréthrectomie dans certains rétrécissements de l'urèthre pénien. Soc. chirurg. 17 juillet 1895.

Quénu. — Compte-rendu Soc. chirurgie 4 mai 1892.

Rieffel. — L'uréthrectomie, indications manuel op. résultats. Revue générale de clin. et de thérap. 29 mars 1893.

Richardson. — Résection de l'urèthre. Boston med. and surgical. Journal 3 mai 1894.

Robert. — Gazette médicale 1837.

Rochet. — Chirurgie de l'urèthre, de la vessie et de la prostate, Steinheil, Paris 1895.

Rollet. — Résection totale de 6 centimètres d'urèthre rétréci, restauration immédiate. Lyon médical 25 mars 1894.

Routier. — Des rétrécissements de l'urèthre et de leur traitement. Médecine moderne 26 janvier, 13 mars et 15 mai 1895.

Roux. — Gazette des hôpitaux 1853, p. 76.

Sedillot. — Thèse de Boucher. Strasbourg 1863.

Valette. — Lyon médical 1873, n° 15.

Vassermann et Hallé. — Anatomie patholog. des rétrécissements de l'urèthre, annal. des mal. des org. gén. urin. 1894, p. 347.

Vergues. — Résection de l'urèthre. Thèse de Paris janvier 1894.

Vignard. — Résection de l'urèthre dans les cas de rétrécissements traumatiques. Archiv. provinc. de chirurg. janvier 1892.

Villard. — Uréthrectomies. Archiv. provinc. de chirurg. mars et avril 1894.

Voillemier. — Traité des maladies des voies urinaires.

Wartel. — 4 opérations d'uréthroplastie avec leurs résultats tardifs. Journal des sciences méd. de Lille 5 août 1892, et Thèse de Paris juillet 1892.

